UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 35

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FIÈVRE RÉCURRENTE chez le NOURRISSON

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Juillet 1920

PAR

FISCHER Francis

Né à Philippeville (Constantine), le 11 Avril 1890

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *Professeur de clinique médicale infantile*..... PRÉSIDENT.
SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale et microbiologie*..
RAYNAUD, *Chargé des fonctions d'agrégé (Médecine)*..... } JUGES.
MARCHAND, *Chargé des fonctions d'agrégé (Médecine)*..... }

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FIÈVRE RÉCURRENTE

CHEZ LE NOURRISSON

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 35

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FIÈVRE RÉCURRENTE chez le NOURRISSON

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Présentée et soutenue publiquement le 6 Juillet 1920

PAR

FISCHER Francis

Né à Philippeville (Constantine), le 11 Avril 1890

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *Professeur de clinique médicale infantile*..... PRÉSIDENT.
SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale et microbiologie*..
RAYNAUD, *Chargé des fonctions d'agrégé (Médecine)*..... JUGES.
MARCHAND, *Chargé des fonctions d'agrégé (Médecine)*.....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. CURTILLET (O. ✻, I. ✪).
ASSESSEUR	HÉRAIL (I. ✪).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✻, I. ✪, ✪).
Chimie médicale	X.....
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, I. ✪).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ✪, O. ✪).
Histologie	ARGAUD (✻, I. ✪).
Hygiène	CHASSEVANT (✻, I. ✪, ✪).
Médecine légale	MICHELEAU (✻).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✪).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✻, I. ✪).
Pharmacie	MUSSO (A. ✪).
Physiologie	TOURNADE (✻).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✻).
REY (✻, I. ✪).
MM. BATTANDIER (I. ✪).
MALOSSE, Théod. (I. ✪, ✪).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✻, I. ✪).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES (✻, I. ✪). LOMBARD.
Médecine	RAYNAUD. M. DUMOLARD. MARCHAND.
Accouchements	FUSTER (✻, I. ✪).
Chimie	H. MALOSSE (I. ✪).
Parasitologie et sciences naturelles	X.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A ma Famille

A mes Amis

A mes Compagnons d'Armes

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CRESPIN

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique médicale infantile

A mes Juges

A mes Maîtres de la Faculté
et de l'Hôpital

AVANT-PROPOS

Ici finit notre vie d'étudiant, demain va s'ouvrir notre carrière de praticien.

Des longues années passées à la Faculté d'Alger nous n'avons gardé que d'agréables souvenirs ; aussi l'heure présente est-elle faite pour nous de regrets.

Elle est faite encore d'appréhension. Conscient des responsabilités qui vont bientôt nous incomber, nous envisageons avec une émotion singulière l'avenir prochain où il nous faudra seul, sans conseils, soutenir avec la maladie une lutte âpre et souvent décevante.

Si nous réussissons à faire quelque bien, tout le mérite en reviendra à nos maîtres. C'est à eux que nous devons tout ce que nous savons. Qu'ils trouvent ici le témoignage de notre gratitude.

Nous remercions particulièrement Monsieur le Professeur Crespin qui nous fait l'honneur de présider cette thèse. Pendant un trop court passage à la clinique infantile, nous avons trouvé auprès de lui, outre le bénéfice d'un lumineux enseignement clinique, le charme d'un accueil bienveillant et familier. Nous n'oublierons jamais les marques d'indulgent intérêt qu'il nous a prodiguées. Nous l'assurons de notre inaltérable dévouement.

INTRODUCTION

Sollicité par nous, M. le Professeur Crespin nous avait proposé comme sujet de thèse « La fièvre récurrente chez le nourisson ».

Nos premières recherches, opérées dans les traités et publications relatives aux maladies infantiles ne nous ont donné que des résultats négatifs : Hutinel, par exemple, affirme que « les grands enfants, sont atteints, au-dessus de cinq ans et surtout au-dessus de dix ans ».

Dans les ouvrages de pathologie exotique, nos investigations n'ont guère été plus fructueuses. D'après Le Dantec, d'après Brault « l'enfance est bien l'âge qui prédispose le plus à la fièvre récurrente » mais il n'est toujours pas question explicitement du nourrisson.

Les nombreuses publications que nous avons longuement compulsées ne contenaient aucune observation relative à notre sujet ; seuls Sergent et Foley, dans le compte-rendu de l'épidémie de Beni-Ounif (1908) signalaient 3 cas observés.

De telles constatations nous ont surpris : la fièvre récurrente est en effet maintenant parfaitement connue dans ses diverses modalités cliniques et bactériologiques et, par sa répartition géographique notable elle offre aux médecins un vaste champ d'observation.

Nous avons pensé que quelques documents avaient pu nous échapper et, le temps nous faisant défaut pour

compléter nos recherches nous avons préféré réduire notre sujet à des proportions plus modestes.

Les « Quelques cas de Fièvre récurrente algérienne chez le nourrisson » que nous avons réunies ici, offrent un intérêt d'autant plus appréciable que les cas publiés jusqu'ici sont, nous l'avons vu, au moins très rares.

Notre travail est ainsi divisé :

Nous faisons d'abord une étude symptomatologique rapide de la récurrente algérienne chez l'adulte et nous résumons les données étiologiques actuellement établies par les chercheurs de l'Afrique du Nord.

Après avoir montré que le rôle de l'âge n'est peut-être pas encore nettement élucidé, nous présentons sept observations concernant des nourrissons et nous en déduisons une étude clinique par comparaison avec la symptomatologie que revet la maladie chez l'adulte.

Enfin nous citons les éléments qui peuvent servir au diagnostic, au pronostic et au traitement.

Il nous reste au début de ce travail à remercier M. le Professeur Crespin et MM. Sergent et Foley auxquels nous devons les éléments de notre thèse.

HISTORIQUE

La fièvre récurrente algérienne

Certains auteurs veulent que la fièvre récurrente ait été connue dès la plus haute antiquité ? (1) Si l'on ne peut pas faire remonter jusqu'à Hippocrate la première description de cette maladie, il semble du moins qu'on puisse trouver des preuves de son existence dès 1738 dans les épidémies qui ravagèrent l'Irlande.

Pendant longtemps la fièvre récurrente fut confondue avec le paludisme. Cette conception reposait sur la similitude frappante qui existe entre l'accès palustre et l'accès recurrent : ce dernier était considéré comme un accès intermittent dont le stade de chaleur se prolongeait outre mesure.

En 1848 seulement, Craigie et Henderson supposent qu'il s'agit d'une véritable entité morbide ; leur hypothèse est vérifiée par les nombreuses épidémies d'Irlande, d'Ecosse et de Londres. La nouvelle maladie reçoit le nom de « relapsing fever ».

En 1868, l'agent pathogène, un spirille, est découvert par Obernicier.

Dès lors les travaux se multiplient sur tous les points du globe et l'on constate d'une part une répartition géographique assez étendue, d'autre part des modalités

(1) Spitall nous dit qu'Hippocrate avait observé une épidémie de fièvre récurrente dans l'île de Thasos.

diverses de fièvre récurrente propres à des contrées distinctes et correspondant à des races différentes de spirilles.

Dans l'Afrique du Nord la fièvre récurrente a été observée depuis longtemps : en 1866 Arnould relate l'épidémie d'Aïn-el-Bey ; Laforgue en 1903 signale quelques cas en divers points de la Tunisie ; puis ce sont en 1904 l'épidémie d'Aïn Smaïn sur la frontière tunisienne (Friant et Cornet), en 1907-1909 celle de Beni-Ounif de Figuig observée par Sergent et Foley et enfin en 1910 et 1914 les épidémies d'Alger.

Les recherches se sont multipliées. Les Instituts Pasteur d'Algérie et Tunisie en particulier ont poursuivi une série de travaux expérimentaux qui ont abouti à l'identification d'une « fièvre récurrente algérienne » différente de la tick fever africaine et dont l'agent spécifique, spirochoete berbera de Sergent et Foley est voisin du spirille d'Obernicier. Le mode de contagion était en même temps nettement élucidé et l'aspect clinique de la maladie fixé dans ses moindres détails.

Dans les statistiques relatives aux épidémies successives que nous avons énumérées, le nombre des cas observés chez le nourrisson est extrêmement restreint.

Nous allons essayer d'en trouver l'explication dans la symptomatologie comparée de la maladie chez l'adulte et chez le nourrisson et nous espérons montrer qu'il ne s'agit en réalité que d'une immunité apparente.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de la fièvre récurrente algérienne la rapproche de la récurrente européenne et l'éloigne de la tick fever dont elle n'a ni la brièveté et la multiplicité des accès ni les complications spéciales.

Incubation. — Elle peut varier de 7 à 17 jours (expériences de Sergent et Foley à Beni-Ounif). Elle n'est marquée par aucun symptome.

Accès. — Début brusque, sans prodromes, caractérisé par des frissons, une céphalée violente, des douleurs au niveau du rachis et des membres. En même temps le pouls s'accélère, la température s'élève rapidement, elle atteint en quelques heures 39 à 40° et s'y maintient pendant toute la durée de l'accès.

A la période d'état, les frissons font place à une sensation de chaleur, le malade a le visage rouge, les conjonctives infectées, il a soif ; généralement abattu, il accuse des douleurs osseuses, musculaires, articulaires, se plaint d'une vive céphalée frontale ou susorbitaire. Le délire est rare et l'intelligence paraît conservée.

Des troubles digestifs s'installent qui vont persister pendant la période fébrile : langue saburrale, anorexie, nausées, vomissements, constipation opiniâtre quelquefois subictère. L'abdomen est météorisé, on peut noter de l'épigastralgie, dans tous les cas il y a tuméfaction notable du foie et de la rate qui sont douloureux à la palpation.

Du côté des poumons la respiration peut être accélérée avec des signes de bronchite ou de congestion.

Le pouls rapide est petit et mou. Le cœur peut être touché (Sergent a observé le cas de myocarotite).

Les urines diminuées contiennent de l'albumine dans les 2/3 des cas, et de l'urobiline en excès.

L'examen du sang révèle la présence de spirilles et un certain degré de polynucléose.

Ces symptômes persistent pendant cinq à huit jours, la fièvre restant élevée avec des oscillations plus ou moins marquées.

Puis survient une élévation plus grande de la température avec aggravation apparente de l'état général : le malade est prostré, congestionné, son pouls est irrégulier, il a des épistaxis. C'est la période d'exacerbation picritique. Bientôt surviennent des sueurs profuses, les urines sont émises en abondance et la température descend à la normale.

Période d'apyrexie. — Plus de fièvre, amélioration très prononcée de l'état général et disparition rapide de tous les symptômes, le foie et la rate reprennent leurs dimensions normales. Les spirilles ne sont plus décélés dans le sang.

Il reste un peu de pâleur, un certain état d'anémie et de faiblesse.

Marche de la maladie. — Il peut n'y avoir qu'un accès auquel fait immédiatement suite la convalescence ; le plus souvent il y a des rechutes : après une période d'apyrexie qui dure généralement 7 à 8 jours, survient un deuxième accès présentant tous les caractères du premier.

Dans la majorité des cas il n'y a qu'une seule rechute rarement trois, quatre...

Terminaison. — La mort est rare, 4 à 5 % environ. La convalescence est longue, marquée par une anémie et une asthénie intenses.

Formes cliniques. — On peut distinguer, selon la prédominance de tel ou tel groupe de symptômes :

Des formes gastriques caractérisées par l'intensité des vomissements ;

Des formes bilieuses marquées par l'ictère et des vomissements bilieux ;

Des formes typhoïdes, délirantes, même méningitiques ces dernières avec spirilles dans le liquide céphalo rachidien.

Maladies associées. — La plus intéressante est le paludisme, il peut masquer l'aspect caractéristique de la courbe thermique et contribuer à égarer le diagnostic.

ÉTIOLOGIE

En 1908, au cours de leurs études sur l'épidémie du sud oranais, Sergent et Foley ont découvert et décrit un agent spécifique de la récurrente algérienne : spirochœte berbera du groupe spirochœte obermeieri, mais présentant des caractères spéciaux.

Les travaux expérimentaux poursuivis avant la guerre surtout par les Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord ont démontré le rôle, depuis longtemps soupçonné, que jouent les poux dans la contagion de la maladie.

Après un repas infectant, le virus subit chez le pou comme chez l'homme une évolution invisible d'une durée d'une semaine environ, ensuite les spirilles pullulent.

La transmission de l'infection est possible même avant l'apparition des spirilles dans le corps du parasite, elle ne se fait pas par piqûre mais par écrasement du pou sur la peau et mise en contact du virus avec les téguments excoriés par les lésions du grattage.

En Algérie les épidémies de fièvre récurrente sévisent presque exclusivement sur la population indigène. Dans les milieux misérables, à la campagne surtout, les arabes sont tous porteurs de poux : leurs vêtements amples aux plis nombreux qu'ils ne quittent ni jour ni nuit, l'insuffisance des soins de propreté, font d'eux des hôtes de choix pour tous les parasites, d'autre part ils vivent, surtout l'hiver, entassés dans des « gourbis » étroits où la multiplicité des contacts favorise la transmission des poux d'un individu à l'autre.

INFLUENCE DU SEXE ET DE L'AGE

Sexe. — En étudiant les statistiques établies au cours des épidémies successives survenues en Algérie on est frappé du nombre extrêmement restreint des cas de fièvre récurrente observés chez la femme.

Pour ne parler que des périodes les plus contemporaines, on voit, par exemple, que MM. Sergent et Foley, dans le sud oranais, sur 42 cas observés ne signalent que 7 femmes atteintes. En 1910, sur 11 malades traités à l'hôpital de Mustapha, une femme seulement. Lors de l'épidémie de 1914, tant à Mustapha qu'à El Ketar la proportion constatée est plus infime encore.

Or la femme n'est certainement pas réfractaire et elle se trouve d'autre part soumise aux mêmes conditions étiologiques que l'homme. Il convient donc d'interpréter les chiffres fournis par les statistiques.

La fièvre récurrente, nous l'avons vu, est une maladie qui sévit presque exclusivement dans les milieux indigènes ; or la femme mauresque, à qui les lois musulmanes interdisent de se montrer aux européens, observe encore vis à vis du médecin une très grande réserve ; elle vient très rarement le consulter. Messieurs Sergent et Foley, dans le compte-rendu de leurs travaux poursuivis lors de l'épidémie de Beni-Ounif, mettent en garde contre toute erreur d'interprétation à ce sujet : « Il ne faut pas attacher d'importance à ce fait que nos malades sont en grande majorité des hommes, cela s'explique par la com-

position habituelle d'une clientèle indigène toujours plus masculine que féminine ».

Il est donc probable que le nombre de femmes atteintes au cours des diverses épidémies a dû être infiniment plus considérable que ne le laisse supposer le dénombrement des cas observés.

Age. — Le tableau suivant indique la répartition des cas suivant l'âge des malades.

Nombre des cas de :	0 à 30 mois	30 mois à 5 ans	5 ans à 15 ans	15 ans à 25 ans	25 ans à 35 ans	Au-dessus de 35 ans	Totaux
Arnould.....	»	»	»	2	4	3	9
Billet.....	»	»	»	»	1	»	1
Friant et Cornet.....	»	»	»	2	2	1	5
Soulié.....	»	»	»	»	»	1	1
Sergent et Foley.....	3	1	10	9	12	7	42
Epidémie de 1910.....	»	»	»	4	3	4	11
Epidémie de 1914.....	2	»	2	104	169	64	332

On peut constater la prédominance des adolescents et des adultes.

Les individus âgés semblent avoir été épargnés par la contagion et cela peut fort bien s'expliquer, comme l'ont suggéré MM. Sergent et Foley par une immunité acquise.

Mais pourquoi les tout jeunes, les nourrissons en particulier, figurent-ils sur les statistiques pour une si faible part ? Le fait nous a surpris d'autant plus qu'il est en contradiction avec des opinions très autorisées.

Hutinel dit, il est vrai, que « les enfants sont sujets au typhus récurrent à partir de 5 ans »; mais, d'après Le

Dantec, « l'enfant qui se défend mal contre les parasites est l'âge qui prédispose le plus à la fièvre récurrente » ; d'après Brault, « les enfants, qui ont la peau fine sont plus souvent atteints ». Ces conditions favorisantes, passivité à l'égard des parasites, finesse de la peau, sont réalisées au maximum chez le nourrisson et c'est précisément lui qui, d'après le tableau ci-dessus, a fourni le plus petit nombre de cas ?

Nous nous proposons de montrer que les chiffres fournis par les statistiques ne correspondent pas à la réalité :

Nous basant sur 7 observations, nous allons tâcher d'esquisser la symptomatologie de la fièvre récurrente chez le nourrisson. A la faveur de ces données cliniques il nous sera ensuite facile de comprendre comment, dans les milieux indigènes où sévit la maladie, beaucoup de nourrissons ont pu être atteints sans que les médecins aient été appelés à le constater.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Prise dans le service de M. le Professeur Crespin)

Fièvre récurrente chez une femme mauresque et son nourrisson âgé de 5 mois. — Guérison

Le 21 mai 1914, entre, salle Bouillaud, une nommée Zéia, femme arabe, âgée de 30 ans, qui allaite son enfant âgé de cinq mois.

Zéia nous dit que son père est mort de dysenterie, que sa mère est bien portante, qu'elle a deux sœurs également en bonne santé, qu'elle a perdu deux frères dont l'un toussait beaucoup.

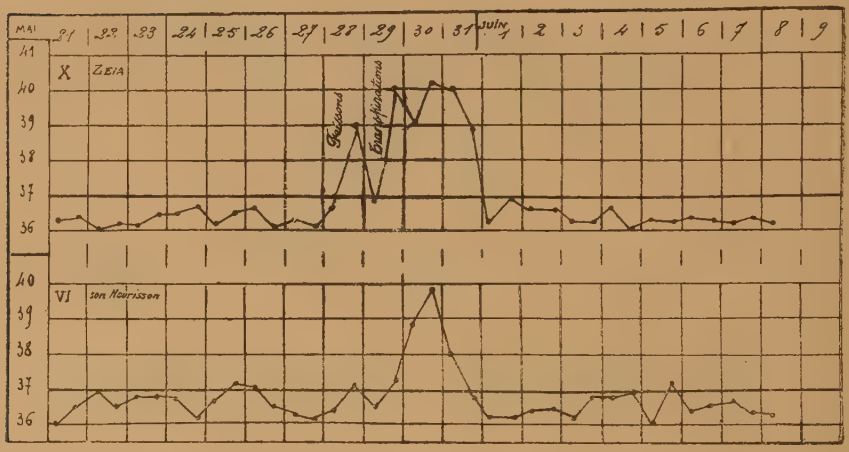
Depuis l'âge de 5 ans elle a eu des abcès froids au cou, abcès qui se tarirent seulement à l'âge de 14 ans en laissant des cicatrices rétractées et gauffrées.

Elle a été réglée à 16 ans et bien réglée.

Mariée à 16 ans, elle a eu 6 enfants, trois morts de coqueluche en bas âge, trois bien portants. Elle a toujours nourri les enfants dont le dernier est hospitalisé avec elle. Pas de fausse-couche.

Zeia serait malade depuis 12 jours : Brusquement un

violent frisson l'a saisie, l'obligeant à se coucher. La fièvre s'est allumée de suite, se maintenant élevée pendant huit jours. Durant la période fébrile, la malade n'a ni toussé ni craché; elle a présenté de la céphalée, des vomissements bilieux, des douleurs dans les membres, de la constipation, des sueurs. Elle nous dit, ce que nous acceptons sous toutes réserves, que le huitième jour, alors qu'elle avait encore de la fièvre, elle prit un bain de mer qui coupa net la fièvre.



L'examen à l'entrée est complètement négatif. Rien dans les viscères : le foie, la rate ne sont pas tuméfiés, il y a une légère douleur à la pression dans l'hypochondre gauche. Les urines sont claires, abondantes, ne contiennent pas d'albumine.

Le 28 mai, frissons, transpirations, grande fièvre qui dure quatre jours et se maintient entre 39 et 40°. On ne trouve rien de particulier, pendant cette période fébrile,

à l'examen des viscères, la rate notamment n'est pas tuméfiée.

L'examen du sang révèle la présence de nombreux spirilles.

Le 31 mai la température tombe brusquement à la normale et s'y maintient. Zeia sort le 8 juin en excellente santé emmenant son enfant.

L'enfant est né à terme, nourri au sein, il a prospéré normalement, n'a jamais été malade, n'a même pas eu de diarrhée.

Il est tombé malade quatre jours après le début de la maladie de sa mère : il a été pris d'une fièvre assez vive qui aurait duré quatre jours et demie. Zeia l'a emmené avec elle à la mer et l'a plongé dans l'eau à titre de moyen curatif. De fait, la fièvre est tombée radicalement. Mais l'enfant est resté grognon, s'alimente mal et c'est le motif de l'entrée à l'hôpital.

En l'examinant, on perçoit à l'auscultation de gros râles dans les poumons. Le foie déborde de deux travers de doigts mais n'est pas douloureux. La rate est nettement perceptible.

L'enfant présente de la diarrhée verte (5 selles par jour) il tête difficilement.

La température est subnormale 36° atteignant rarement 37°.

Le 29, c'est-à-dire après 12 jours d'apyrexie, grand mouvement fébrile. La température s'élève rapidement, atteint 39°8 le 30 mai, descend à 38° le 31 au matin, apyrexie totale et définitive le 31 au soir.

L'examen du sang pratiqué le 30 en plein accès fébrile a révélé la présence de spirilles en grand nombre.

Traitement. — Quelques bains tièdes, frictions biquotidiennes avec une pommade au collargol à 30 %.

L'enfant qui pesait 7 k. 010 avant l'accès ne pèse plus le 8 juin, jour de sa sortie, que 6 k. 880, mais il reprend visiblement.

OBSERVATION II

Recueillie dans le service de M. le Professeur Crespin

Fièvre récurrente chez une femme israélite et son nourrisson âgé de 16 mois. — Guérison

Hediba Esther, ménagère, âgée de 43 ans, entre salle Bouillaud le 5 février 1914 avec son nourrisson âgé de 16 mois, sevré depuis quelques jours.

Son père et sa mère sont morts de maladies inconnues. Elle a 2 frères et 2 sœurs bien portants mais elle a perdu 6 frères et sœurs qui ont succombé à des affections dont elle ne peut déterminer la nature.

Elle n'a jamais été malade dans son enfance. Réglée à 15 ans et bien réglée.

Mariée à 19 ans avec un mari bien portant elle a fait 2 fausses-couches au début de son mariage, elle a perdu 3 enfants dont deux sont morts de rougeole et un d'entérite. Elle a 7 enfants vivants dont le dernier à 16 mois. Elle a nourri tous ses enfants et a sevré le nourrison dès son entrée à l'hôpital.

La malade est née à Alger qu'elle a quitté il y a quatorze

ans pour aller habiter Tunis. Rentrée à Alger depuis quatre mois elle habite dans le quartier de la Casbah, rue Desaix, n° 38. Elle nous dit qu'il n'y avait aucune maladie épidémique à Tunis.

Il y a un mois, elle a soigné son beau-frère atteint de fièvre, survenant par accès, actuellement en traitement à l'Hôpital de Mustapha pour fière récurrente (salle Pasteur).

Il y a quinze jours, elle a eu un enfant de 4 ans et demi atteint de fièvre et soigné salle Claude Bernard pour fièvre récurrente.

Il y a six jours, second enfant de 7 ans et demi atteint de fièvre qui exige l'entrée à l'hôpital où on reconnaît qu'il est atteint de fièvre récurrente.

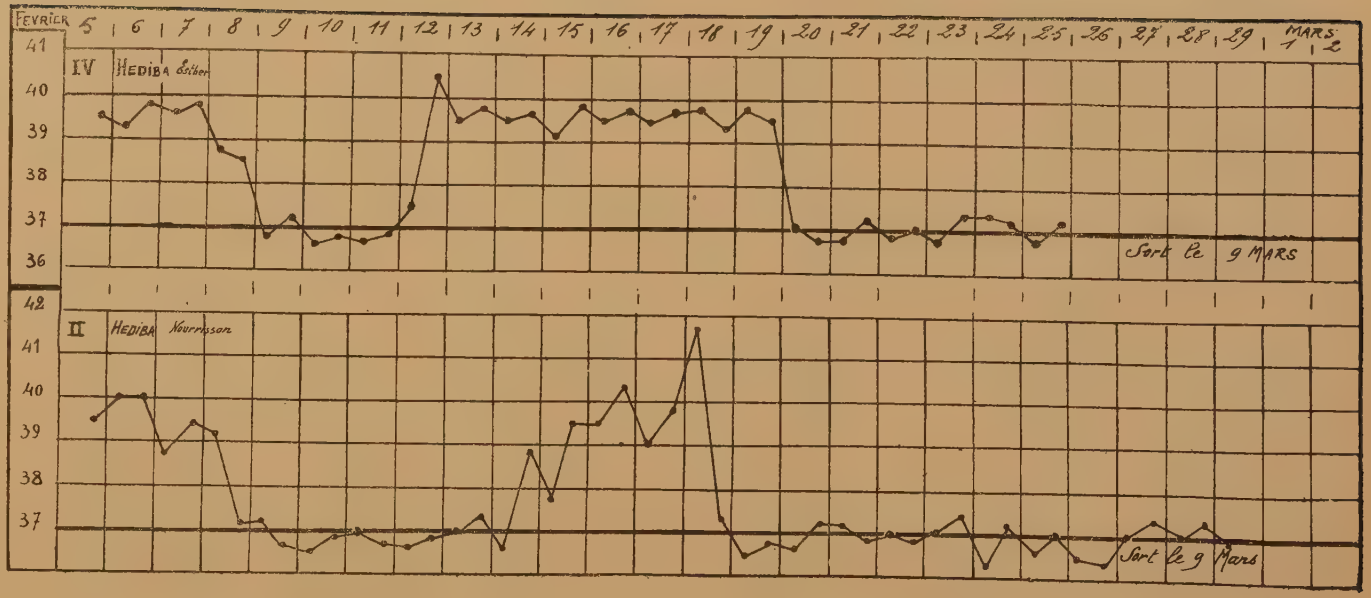
La malade a remarqué que son beau-frère, en arrivant chez elle, était absolument couvert de poux, au point qu'elle a dû détruire ses vêtements. Quelques jours après ses enfants et elle-même présentaient des piqûres de poux sur tout le corps.

Il y a trois jours, Hediba, très bien portante, allait au marché comme à l'ordinaire, lorsqu'elle a été prise de vertiges violents l'obligeant à rentrer chez elle. La fièvre s'allumait, d'emblée très forte, s'accompagnant de frissons et de transpirations abondantes, de vomissements bilieux et de céphalée intense. Pas de diarrhée, pas de délire, pas de toux.

Elle entre salle Bouillaud en pleine période fébrile (39°5) le 5 février ; le pouls est bien frappé à 104.

La langue est saburrale, l'abdomen souple, douloureux à la percussion avec gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate est très grosse dépassant les fausses côtes de 2 travers de doigt, sans présenter de douleur à la palpation. Le foie ne déborde pas les fausses-côtes.

Rien d'autre à signaler.


FEVRIER
5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
MARS
1 2
41
40
39
38
37
36
IV HEDIBA Esther
Sort le 9 MARS
42
41
40
39
38
37
II HEDIBA Nourrisson
Sort le 9 Mars

La température se maintient élevée pendant cinq jours tombant du reste en lysis le 9 février. La tension artérielle prise en plein accès a donné : maximum, 14 ; minimum, 7.

L'examen du sang a décelé de nombreux spirilles.

La chute thermique s'accompagne d'une amélioration considérable de l'état général avec polyurie notable (1.800 grammes).

Le 12 février nouvel accès extrêmement violent qui éclate brusquement. La température est d'emblée très élevée (40°5) et se maintient entre 39°5 et 40° avec pouls 104-106 pendant huit jours. Chute brusque le 20 février.

Durant le nouvel accès, la tension artérielle a été 15/8-14/8. La rate est restée grosse. Les spirilles qui avaient disparu pendant l'apyrexie dans le sang périphérique ont reparu à nouveau.

Avec la chute thermique qui fut définitive, coïncide l'amélioration générale, la diminution des dimensions de la rate qui est normale lors de la sortie d'Hadiba le 9 mars 1914.

Le nourrisson de 16 mois est un enfant assez chétif. Il a été nourri au sein depuis la naissance, mais dès l'âge de trois mois il prenait de petites soupes pour arriver à participer peu à peu à la nourriture familiale. Il présente les stigmates d'un rachitisme léger : gros ventre flasque, fontanelle ouverte chapelet costal, pas de nouures marquées, pas d'incurvation des membres. Il a huit dents. A marché il y a un mois mais cette marche est à peine ébauchée. Il ne dit que quelques mots (papa, maman). Il n'a pas eu les maladies de l'enfance sauf quelques poussées d'entérite.

Poids à l'entrée : 9 k. 200 gr.

Malade depuis la veille, sa maladie a donc débuté deux jours après celle de la mère. Début brusque, avec pâleur cadavérique, quelques mouvements convulsifs, des frissons, phénomènes auxquels succèdent rapidement une fièvre élevée (39°5-40°), des transpirations profuses, une grande oligurie.

On constate que la rate déborde un peu les fausses-côtes sans être douloureuse. Le foie a ses dimensions normales, abdomen légèrement météorisé, un peu douloureux. Constipation cédant facilement à quelques lavages intestinaux.

La fièvre se maintient ainsi quatre jours et tombe en lysis le 8 février avec amélioration subite et disparition de tous les symptômes.

Pendant la période fébrile on avait constaté dans le sang des spirilles qu'on ne retrouve plus pendant l'apyrexie.

Cette apyrexie persiste pendant six jours sans que rien n'ait fait prévoir un nouvel accès qui éclate le 14 février d'abord sans hyperthermie élevée (38°9) mais s'élevant à 40° en quelques oscillations. Comme dans le premier accès, transpirations abondantes et tuméfaction de la rate.

Le 18 au matin superhyperthermie (41°7) avec malaise considérable, anxiété, pâleur impressionnante. Le soir, chute brusque et amélioration rapide. Présence de spirilles dans le sang au cours de l'accès.

Aucun traitement n'a été institué chez ce nourrisson en dehors de quelques bains tièdes, une injection de 1 cgr de sulfate de sparteine et cq d'huile camphrée à 1/10e lors de l'hyperthermie précédant la chute définitive.

La mère et l'enfant sortent le 9 mars en parfait état de santé.

OBSERVATION III

(Résumée)

(*MM. Sergent et Foley*)

Fendna bent Gassou, 10 mois, blanche. Juillet 1908.

Mère atteinte depuis deux jours de fièvre récurrente. L'enfant est prise le lendemain.

La maladie évolue parallèlement chez la mère et chez l'enfant. Celle-ci a guéri.

OBSERVATION IV

(Résumée)

(*MM. Sergent et Foley*)

Mohamed ould Daho ben Amer, 18 à 20 mois, blanc. Juillet 1908.

Père et mère sont atteints (le premier seul exactement suivi).

L'enfant n'a été vu qu'au cours de sa rechute restée unique. Le sang montre à la fois des spirilles et des plasmodes de tierce bénigne en assez grand nombre. A guéri.

OBSERVATION V

(Résumée)

(*MM. Sergent et Foley*)

Ahmed ould Qouider, enfant arabe de 20 mois. Epidémie de tente. Malade en même temps que son père et sa mère qui l'allaite (le premier seul observé). L'enfant a fait l'accès et une seule rechute. A guéri.

OBSERVATION VI

(Résumée)

(*MM. Sergent et Foley*)

Tayeb ould Djelloul Berraout, 9 mois, blanc.

Sa mère vient de terminer son premier accès le 18 mai 1914 lorsque l'enfant est vu pour la première fois : Fièvre légère, spirilles rares.

Il n'aurait eu qu'un accès. Parfaitement guéri et en très bon état un mois après.

OBSERVATION VII

(Résumée)

(*MM. Sergent et Foley*)

Hadda bent Hamou Hassi, hartania, 16 mois.

Atteinte en juin 1914 en même temps que sa mère. Celle-ci n'a fait qu'un seul accès, l'enfant un accès suivi d'une rechute. A guéri.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

ÉTUDE CLINIQUE

A la lecture des observations précédentes, un fait attire d'abord l'attention : toujours la mère et son nourrisson sont malades simultanément. Ceci est d'ailleurs facile à comprendre étant donné, d'une part, le mode de transmission de la maladie, d'autre part le contact intime et permanent qui, pendant la première année au moins unit la femme indigène et son enfant (quand celui-ci n'est pas au sein, il est attaché sur le dos de sa mère).

Dans les 7 observations que nous produisons, la mère est atteinte la première, l'enfant ensuite. On ne peut pourtant pas affirmer une transmission constante de l'infection maternelle; en effet, le décalage est insuffisant, deux ou trois jours, généralement inférieur à la durée de la période d'incubation qui, nous l'avons vu, varie de sept à dix-sept jours.

Il y aurait donc le plus souvent infection contemporaine : la mère a servi d'hôte de passage au pou infecté qui a contaminé son enfant ou bien ce dernier a trouvé sur les téguments ou les vêtements de sa mère le virus laissé par quelque parasite écrasé.

Voyons maintenant quelle symptomatologie revêt la fièvre récurrente chez le nourrisson.

L'allure générale de la maladie est la même que chez

l'adulte. Accès fébriles coïncidant avec la présence de spirilles dans le sang et séparés par une période d'apyrexie au cours de laquelle les spirilles disparaissent du sang périphérique.

Mais le tableau clinique semble uniformément atténué :

1° Les accès sont plus courts avec température moins élevée, la période d'apyrexie intercalaire plus prolongée.

A ce point de vue, les observations I et II sont très démonstratives :

Observation I. — L'enfant commence son premier accès quatre jours après la mère et le termine en même temps (lors du bain sauveur !) ; durée : 8 jours chez la mère, 4 jours chez l'enfant.

Les courbes de température de Zeia et de son nourrisson pendant le séjour à l'hôpital, montrent que chez la première, après 10 jours d'apyrexie, le second accès survient avec une température qui dépasse 40° et se maintient 4 jours; chez le petit malade l'apyrexie se maintient 12 jours et l'accès qui suit ne dure que 2 jours, la température n'ayant jamais atteint 40°.

Observation II. — Le premier accès dure sept jours chez la mère, quatre jours chez l'enfant avec, il est vrai, température sensiblement égale.

Mais l'accès suivant se produit chez le nourrisson 2 jours plus tard que chez la mère, il ne dure que quatre jours au lieu de sept avec une fièvre d'allure moins grave malgré l'ascension un peu impressionnante de la phase précritique.

Dans aucune de nos observations le nombre des accès n'a dépassé deux. Une fois il y a eu accès unique.

2° En dehos de la courbe thermique, les symptômes

contemporains de l'accès sont aussi moins accentués que chez l'adulte.

Dans les observations I et II, la mère présente, dès le début de l'accès, une céphalée violente, de la courbature et des troubles digestifs intenses se traduisant par des vomissements bilieux.

Au contraire, chez les deux nourrissons, pas de déterminations cliniques importantes au niveau des différents appareils ; la fonction digestive en particulier est peu touchée : abdomen légèrement météorisé, un peu sensible à la pression, c'est tout, pas de vomissements, et si nous avons observé une fois (Obs. I) une diarrhée assez abondante, celle-ci pouvait fort bien être due à ce que la mère malade avait fourni à son enfant un lait de mauvaise qualité.

Il est intéressant de noter l'absence des phénomènes nerveux ou leur insignifiance (Obs. II) ; on sait, en effet, combien, d'ordinaire, le système nerveux des jeunes enfants se montre sensible aux infections et intoxications de toutes sortes.

La tuméfaction du foie et surtout de la rate semble être le seul signe qui reste aussi net et aussi constant chez le nourrisson que chez l'adulte, à tel point qu'on pourrait en faire un élément sérieux de diagnostic si l'on n'avait le plus souvent affaire à des indigènes qui, on le sait, sont généralement chargés d'une lourde hérédité syphilitique et quelquefois porteurs dès le plus jeune âge des stigmates d'un paludisme précoce.

3° La bénignité est ici encore plus marquée que chez l'adulte. La maladie évolue vers la guérison, spontanément, le plus souvent sans le secours d'aucune thérapeutique même symptomatique.

Il y a amaigrissement consécutif assez notable il est

vrai, mais qui doit être mis en grande partie sur le compte d'une alimentation défectueuse au cours de la pyrexie maternelle.

En tout cas, la convalescence est courte et l'enfant reprend rapidement son poids normal.

Au cours de cette discussion nous nous sommes surtout reportés aux observations I et II qui, détaillées et accompagnées de courbes de températures suggestives semblaient dicter très clairement les remarques que nous venons d'exposer.

Mais nous sommes tentés de croire que les deux petits malades qui ont été suivis salle Bouillaud, malades dont l'état avait nécessité l'hospitalisation, ont dû faire une forme relativement grave de fièvre récurrente. Une telle hypothèse semble être confirmée par les observations III à VII dont la brièveté doit être interprétée comme une preuve que la maladie, dans les cas relatés, avait évolué avec une grande indigence de signes cliniques ; en effet, les observations ont été envoyées à M. le Professeur Crespin, accompagnées d'un commentaire de MM. Sergent et Foley que je ne pourrais mieux faire que de reproduire ici pour résumer ce chapitre :

« Dans le milieu saharien où nous observons, la récurrente est commune chez les enfants de tout âge, elle est fréquente chez les nourrissons indigènes intimement liés à leur mère pendant la première année environ.

« La caractéristique clinique de la maladie c'est une très grande benignité : pas de symptômes subjectifs bien entendu ; rien ne trahit la maladie qu'un léger état fébrile qui peut facilement passer inaperçu ; il faut palper l'enfant au sein ou sur le dos de sa mère pour le sentir un peu fébrile. »

A la faveur de ces données on comprend aisément que les statistiques, en ce qui concerne les nourrissons, donnent des chiffres ne correspondant pas à la réalité des faits.

Avec une symptomatologie ausis fruste, nombreux sont les cas qui ont pu passer inaperçus : une femme étant atteinte, son enfant qu'elle allaite devient grognon, fait un peu de fièvre ; en admettant que cette légère indisposition soit remarquée de l'entourage, elle n'inquiète personne, elle est considérée comme une conséquence trop naturelle de la maladie de la nourrice. En général, le diagnostic, chez le nourrisson, n'est donc posé qu'accidentellement par le médecin appelé à donner ses soins à la mère. Or, dans les milieux indigènes, où sévit la fièvre récurrente, la femme ne consulte qu'à la dernière extrémité, elle préfère user de moyens thérapeutiques dont l'observation I nous donne un exemple. Cependant le temps et la nature poursuivent leur œuvre salutaire et les malades guérissent sans que le cas ait pu être enregistré.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

En présence d'un tableau clinique aussi pauvre, le diagnostic, on le conçoit, sera difficile à établir.

Les renseignements fournis par l'entourage seront souvent vagues ; les parents ne pourront pas toujours décrire le début caractéristique de l'accès avec frissons, transpirations.

Le praticien appelé auprès du petit malade ne constatera généralement qu'un léger état fébrile avec tuméfaction de la rate et peut-être quelques troubles gastro-intestinaux. La confusion sera toujours possible avec le paludisme ; et dans les cas où il y a association des deux affections (obs. IV), la difficulté est accrue par les modifications de la courbe thermique qui perd son aspect caractéristique.

La notion d'épidémicité, l'existence chez les parents, chez la mère en particulier, d'une fièvre récurrente d'allure mieux caractérisée mettront sur la voie du diagnostic.

En fait, seul le laboratoire pourra lever les doutes : En cours d'accès rechercher les spirilles dans le sang périphérique. Pendant la période d'apyrexie on pourra recourir au séro-diagnostic (pouvoir agglutinant et pouvoir spirillicide du sérum affirmé par MM. Sergent, Foley, Gillot et Béguet).

Pronostic. — Chez l'adulte, le pronostic est déjà très bénin, on n'observe que 3 à 4 % de décès dus à des complications le plus souvent pulmonaires. Chez le nourris-

son la bénignité est encore plus marquée : la guérison qui est la règle se produit spontanément sans le secours d'une thérapeutique bien active.

On peut pourtant faire quelques réserves basées sur l'influence du terrain : dans nos observations, le seul cas où l'affection ait revêtu une allure un peu sérieuse (obs. II) concerne un enfant qui présentait les stigmates d'un rachitisme léger.

Après la guérison l'état général reste peu touché ; si on constate un certain amaigrissement, il peut être, nous y revenons, en grande partie imputable à la maladie de la mère qui devient une mauvaise nourrice.

En tout cas, le retour à la santé est rapide et complet.

TRAITEMENT

Le pouvoir curatif quasi-spécifique de l'arséno-benzol a été utilisé chez l'adulte. Sergent et Gillot, puis Ardin-Delteil, Nègre et Raynaud ont fait des essais et publié leurs résultats : la disparition des spirilles dans le sang est rapide (trois jours après l'injection), on observe une réaction assez vive puis l'accès cst enrayé vers la 8e ou la 10e heure ; la rechute est exceptionnelle.

Chez le nourrisson, cette médication active pourra être employée dans les cas graves, lorsqu'il s'agit d'un organisme taré, débilité, peu apte à se défendre. Encore la posologie reste-t-elle à établir. Il est bon de rappeler à ce sujet les doses employées chez l'adulte : Sergent et Gillot administraient en injection intra-veineuse 60 centigrammes en moyenne de néosalvarson, soit 0 cgr 7 environ par kilogramme.

Dans la majorité des cas, étant donnée l'extrême bénignité de la récurrente chez le nourrisson, l'expectative est parfaitement justifiée : la marche de l'affection est bien déterminée et elle aboutit à la guérison sans qu'il soit besoin de faire appel à la thérapeutique.

Dans l'observation I on voit que M. le Professeur Crespin a essayé le pouvoir anti-infectieux général du collargol (frictions avec une pommade à 30 %) sans que l'évolution de la maladie ait paru être sensiblement modifiée.

On pourra se contenter d'instituer un traitement pure-

ment symptomatique : les anti-thermiques, comme chez l'adulte peu efficaces, ne sont guère recommandables · on emploiera suivant les indications cliniques : les bains tièdes, les lavages intestinaux, la médication tonique.

CONCLUSIONS

I. — En Algérie, la fièvre récurrente qui sévit surtout parmi les indigènes est fréquente chez le nourrison bien que les cas signalés soient peu nombreux.

La mère, généralement malade en même temps que l'enfant, est le plus souvent atteinte avant lui.

II. — Chez le nourrisson, la récurrente revêt une symptomatologie fruste :

La courbe thermique garde bien son allure caractéristique mais les accès sont plus courts avec fièvre moins élevée.

Les déterminations cliniques au niveau des divers appareils sont nulles ou peu manifestes ; seule, la tuméfaction du foie et surtout de la rate paraît constante et notable.

Pas de symptômes subjectifs.

L'état général est peu touché, à part un certain degré d'amaigrissement.

III. — La légère indisposition de l'enfant est mise par l'entourage sur le compte d'une alimentation défectueuse au cours de la pyrexie maternelle. Le diagnostic n'est posé qu'accidentellement par un médecin qui vient donner les soins à la mère ; or, celle-ci est le plus souvent une mauresque qui n'a que bien rarement recours au praticien. La plupart des cas restent donc méconnus.

IV. — Le diagnostic est difficile étant donnée l'indigence des signes cliniques : la notion d'épidémicité,

l'existence chez la mère d'une récurrente mieux caractérisée seront des indices de probabilité que le laboratoire devra confirmer.

VI. — La maladie peut revêtir une forme plus sérieuse chez les enfants tarés ou débilités. Le pronostic n'en reste pas moins extrêmement bénin. La convalescence est courte et le retour à la santé complet.

VI. — Un traitement symptomatique est presque toujours suffisant.

Si l'on se trouvait en présence d'une forme grave on pourrait utiliser, comme chez l'adulte, le pouvoir quasi spécifique de l'arséno-benzol.

BIBLIOGRAPHIE

ARDIN-DELTEIL, NEGRE et RAYNAUD. — Deux cas de typhus recurrent traités et guéris par l'arseno-benzol. In (Compte-rendu des séances de la Soc. de Biologie. 24 juin 1911. Tome LXX, p. 1037).

ARNOULD. — Typhus à rechuté. Epidémie au pénitencier d'Ain el Bey in (Archives générales de médecine 1868, Tome I, p. 695 et Tome II, p. 50).

BILLET. — Un cas de typhus récurrent à Constantine in (Archives méd. et pharm. militaires 1902, p. 228).

CONSEIL. — La fièvre récurrente Nord Africaine. Etude clinique in (Archives de l'Institut Pasteur de Tunis 1913, I et II).

FRIANT et CORNET. — Quelques cas de fièvre récurrente dans le département de Constantine in (Archives de méd. et pharm. militaires 1904, p. 44.)

GUERARD. — Epidémie de typhus récurrent observée à la mechta d'Ain Smaïn in (Bulletin médical de l'Algérie 1904, p. 13).

LAFORGUE. — Etude clinique sur le typhus récurrent à propos de 22 observations recueillies en Tunisie in (Revue de médecine du 10 octobre 1908).

LE DANTEC. — Précis de Pathologie éxotique.

LEMAIRE. — Petite épidémie de typhus récurrent observée à Alger in (Bulletin de la Soc. de Pathologie exotique 1910, p. 174).

NARBONI. — Contribution à l'étude du typhus récurrent. Thèse 1912.

NETTER. — Maladies exotiques in (Nouveau traité de médecine, Brouardel et Gilbert 1906).

PATRICK-MANSON. — Maladies des pays chauds, 1908.

SERGENT et GILLOT. — Traitement de la spirillose africaine par l'arseno-benzol (Soc. de Pathologie exotique 1911, p. 438).

SERGENT, GILLOT et FOLLEY. — Typhus récurrent algérien, sa transmission par les poux, sa guérison par l'arseno-benzol (Société de Biologie, séance du 27 juillet 1907).

SOULIE et GARDON. — Fièvre récurrente et paludisme observés chez un Européen à l'Hôpital Civil d'Alger, in (Bulletin médical d'Algérie, 30 juillet 1905).

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr CRESPIN.

Vu :

P. le Doyen, absent :

L'Assesseur,

Dr HÉRAIL.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 23 juin 1920.

Le Recteur,

E. ARDAILLON.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER